Infections urinaires au cours de la grossesse Q166

Pyélonéphrite, E Coli, MAP
Pathologie infectieuse bactérienne la + fréquente de la grossesse (5-10 % des femmes enceintes)

Physiopathologie (HP)

- Infection par voie ascendante
- Grossesse = favorisant car
  - Augmentation pullulation microbienne vulvo-périnéale
  - Reflux urétérovésical + fréquent (dvpt utérus -> modif trajet uretère -> empêche rôle anti-reflux)
  - Dilatation voies excrétrices par action myorelaxante de la progestérone sur les muscles urétéraux
  - Compression urétérale par l'utérus (surtout à droite)
  - Stase vésicale

Diagnostic

- **CLINIQUE**

Bactériurie asymptomatique

- Forme la plus fréquente
- Présence d'un germe à taux significatif à l'ECBU (>= 10^5 germes/mL) sur 2 prélèvements distincts
- Absence de signes fonctionnels
- Dépistage : recherche mensuelle systématique par BU (± ECBU si hématurie / nitriturie ou leucocyturie)

Cystite gravidique

- Pollakiurie, impériosité mictionnelle, dysurie, brûlures mictionnelles (s/tt en fin de miction), douleurs sus pubiennes et urines troubles, parfois hématurie terminale
- Ces signes sont souvent atténués pendant la grossesse
- Signes négatifs : Pas de fièvre, ni frisson, ni douleur lombaire ; reins indolores à la palpation
- ECBU +

Pyélonéphrite aiguë gravidique

- Fréq : 1-2 %, en gal, PNA droite[Q] (90 %) favorisé par la dextrorotation physiologique de l'utérus -> Si PNA gauche : rechercher lithiase infectée ou malformat° rénale
- **Rq devant PNA de la femme en âge de procréer, vérifier absence de grossesse avt investigations RX**

- **Forme habituelle**
  - Début brutal avec fièvre, frissons
  - Dl lombaires (+ svt à droite) intenses, permanente avec paroxysmes, avec irradiation descendante (fosse iliaque, organes génitaux)
  - SFU : pollakiurie, brûlures réactionnelles
  - urines troubles

- **Formes trompeuses**
  - fièvre intermittente sans signe urinaire
  - nausées, vomissements
  - signes localisés évoquant appendicite, cholécystite, sigmoïdite aigues
  - pyurie isolée
  - douleur lombaire
  - contractions utérines, MAP

- **Forme grave : forme gravido-toxique, septicémie[Q], choc, ins rénale aigue**

- **Facteurs favorisants de PNA gravidique (impliquant surveillance/dépistage + précoce)**
  - ATCD infections de l'appareil urinaire, ATCD de lithiase urinaire
  - Bactériurie asymptomatique (décelée au 1er trimestre) négligée ou mal traitée
  - Diabète
  - Uropathie malformative, polykystose rénale, néphropathie du reflux (le reflux vésico-urétéral lui-même a souvent disparu à l'âge adulte, ou est devenu intermittent), séquelles d'une autre uropathie opérée ds l'enfance
  - Sondage urinaire
  - Hémoglobinopathies
  - Conditions socio-économiques défavorisées

- **DIAGNOSTIC PARACLINIQUE**
  - **ECBU**
    - **Leucocyturie > 10^4/mL + bactériurie >10^5 germes/mL**
    - Germes :
      - **E Coli** 75 %
      - Proteus mirabilis
      - Klebsiella pneumoniæ
      - streptocoque D
      - staphylocoque
      - streptocoque B 5 %
  - **HAA** si température ≥ 38,5° et/ou frissons, au moins 3 HAA, avec recherche de **Listéria**
  - **Prélèvement vaginal**
  - **NFS, CRP, Iono sg, urée, créat** si PNA
  - **Echographie**
    - **Indications : pyélonéphrite aiguë gravidique, antécédents urologiques** ou clinique évoquant **obstacle**
      => *Inutile si pas d'atteinte du haut appareil urinaire et si pas d'uropathie*
      - micro abcés ou abcés focaux dans la pyélonéphrite aiguë grave
      - obstacles
  - **UIV (à partir du 2e trimestre) ou Uroscanner**
    - **Indications** : **colique néphrétique typique, hématurie, fièvre septicémique, hypertrophie rénale douloureuse, pyélonéphrite aiguë avec antécédents d'intervention chirurgicale urologique**
    - **Car nécessité un ttt urologique**
    - **UIV** : 1 cliché sans préparation et 2 à 3 clichés après injection d'iode sont habituellement suffisants
    - **Rq** 1 : éviter RX dans les 3ers mois de grossesse (chez femme jeune, UIV se fait dans les 1ers jours qui suivent les règles ou après avoir vérifié absence de grossesse)
    - **Rq** 2 : ***la dilatation des cavités pyélocalicielles est banale au cours de la grossesse, prédominant à droite, et n'est pas synonyme d'obstruction*** (dextrorotation physiologique de l'utérus à droite)
  - **TDM abdominopelvienne si Sd fébrile atypique**
    - Recherche lésion fondamentale ronde ou triangulaire de 1 à 3 cm
  - **Bilan fœtal si PNA**
    - **ERCF** (selon le terme) + enregistrement MAF
    - **Echographie** obstétricale (rarement utile)

Evolution

- **BACTERIURIE ASYMPTOMATIQUE**
  - Ttt ne modifie pas la survenue des cystites mais **modifie la survenue de PNA**
  - **Risque de PNA = 25 à 40 % sans ttt, 3 % si ttt**
  - Récidive fréquente (**30%**)
- **CYSTITE**
  - guérison rapide sous traitement
  - récidive fréquente (~ **15 %**)
  - si pas de ttt, peut évoluer vers pyélonéphrite[Q]
- **PYELONEPHRITE AIGUË**
  - Guérison rapide sous traitement
  - Récidive fréquente (**10%**), à rechercher systématiquement
  - Possible évolution vers la néphrite interstitielle chronique[QD]
  - **Complications maternelles**
    - Choc septique : BG -, collapsus, ins respi aigue + ins rénale aigue, recherche obstacle (calcul urétéral, malformation urinaire méconnue)
    - Abcès du rein, abcès périnéphrétique : rares, écho rénale, ttt par drainage percutané + ATB
    - CIVD, Insuffisance rénale aiguë (nécrose tubulaire aiguë)

- **Complications foetales**
  - Accouchement prématuré[Q++]
  - Hypotrophie[Q++]
  - Mort in utero[Q++]
  - Infection maternofœtale[Q]
  - Mort néonatale

Traitement

- **PREVENTIF**
  - Si patiente à risque : **BU bihebdomadaire**
  - Dépistage des bactériurie asympto systématique chez toutes les patientes à **16 SA** (pic de fréq des bactériuries asympto) et traitement le cas échéant[Q]
  - Conseils hygiéno-diététiques : boissons suffisantes, mictions après les rapports, mictions régulières, essuyage d'avant en arrière après les mictions…

- **SYMPTOMATIQUE**
  - Antalgiques
  - Antipyrétiques (Prodafalgan)
  - ± Tocolyse

- **CYSTITE ET BACTERIURIE ASYMPTOMATIQUES**
  - Conseils hygiéno-diététiques
  - **Monothérapie per os** :
    - Antibiothérapie pdt 3 jours (ttt court) ou 10 jours (ttt classique) (**ttt minute contre-indiqué**) :
    - **β-lactamines** [Q] + **inhibiteur de β-lactamase**, ou **C3G** si résistance (éventuellement quinolone au 2e T (mais PAS FQ qui sont CI))
    - En cas d'impossibilité des ttt précédents : nitrofurantoïne
  - **ECBU** de contrôle dans les **15 j**
  - Surveillance bihebdo par BU
  - **ECBU mensuel** si récidive pendant la grossesse
  - **Bilan complet 3 mois après l'accouchement**

- **PYELONEPHRITE AIGUË**
  - Hospitalisation
  - ATB parentérale jusqu'à 18 h d'apyrexie puis per os, durée totale de ttt = 3 sem
    En 1ère intention : **monothérapie**
    - **C3G**
    - **Augmentin**[Q]
    - ou **Rifampicine ou fosfomycine** si béta lactamines impossibles
      (**± aminosides** en association pendant une courte durée en début de ttt **si pronostic vital en jeu ou non amélioration clinique rapide)**
  - ECBU de contôle à **72 h**, **J5** après ttt puis **mensuel**
  - **Bilan complet 3 mois après l'accouchement** (écho app urinaire ± UIV à la recherche d'une néphropathie de reflux [lésions segmentaires d'atrophie corticopapillaire] ou d'une autre uropathie / malformation)

- **FORMES SEVERES : FORME SEPTICEMIQUE**
  - Réanimation hémodynamique
  - Association antibiotique à dose élevée
  - Levée d'obstacle
  - ± tocolyse ou extraction fœtale

- **INFECTIONS SUR OBSTACLE**
  - 90 % lithiase radio-opaque (RX arbre urinaire)
  - Dérivation urinaire (montée de sonde urétérale, néphrostomie percut…)

- **SURVEILLANCE OBSTETRICALE**
  - Courbe thermique, ECBU
  - Mouvements actifs et RCF **++++**
  - Echographie fœtale pour juger de la croissance du foetus
  - Si MAP : ± tocolyse ou extraction fœtale
  - Si accouchement en cours de PNA : prélèvements bactério Placenta, nouveau né

Source : Fiches Rev Prat, Rev Prat 2000, Cours Boulot 2001